

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 262

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis GOURÇON

Né le 12 novembre 1905, à Cognac (Charente)

Fonctionnement de la Maternité
de l'hôpital Boucicaut
pendant l'année 1929

Président : M. COUVELAIRE, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis GOURÇON

Né le 12 novembre 1905, à Cognac (Charente)

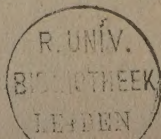
Fonctionnement de la Maternité
de l'hôpital Boucicaut
pendant l'année 1929

Président : M. COUVELAIRE, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
..... PARIS, 1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.. . . .	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	{ DELBET.
	{ CUNÉO.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique,
 OLIVIER Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire		
FREY.		Stomatologie,
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

En témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE LORIER

*Avec l'hommage de notre pro-
fonde reconnaissance:*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES PARENTS

*Humble témoignage de notre
profonde affection.*

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON COUSIN LE DOCTEUR THOMAS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Avant de commencer cet ouvrage, nous tenons à remercier Monsieur le Professeur LE LORIER, accoucheur de la Maternité de Boucicaut, de nous avoir confié la rédaction de cette thèse. Qu'il trouve ici la faible expression de notre vive gratitude, en souvenir des conseils qu'il nous a prodigués et de la sympathie qu'il nous a montrée.

Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Boucicaut pendant l'année 1929

PREMIÈRE PARTIE

Les consultations.

I. *La consultation prénatale.* — Elle a lieu tous les jours, sauf le samedi, de 9 heures à midi ; mais les lundis, mercredis et vendredis servent de consultation générale, tandis que les mardis sont réservés en principe aux cas de pathologie de la gestation, et les jeudis, aux cas de dystocie.

Nombre de consultations.....	8.724
Nombre de consultantes.....	3.213

Femmes traitées par la consultation :

Sièges.....	93
Présentations transversales.....	9
Albuminurie.....	97
Pyélonéphrite.....	114
Hypertensions.....	135
Hémorragies.....	20
Vomissements.....	40
Vaginites.....	1
Leucorrhée.....	675

II. *La consultation antivénérienne.* — Une consultation dispensaire de prophylaxie antivénérienne a lieu le samedi matin de 9 heures à midi. Elle fonctionne en liaison avec la consultation syphigraphique de l'hôpital Boucicaut, qui a lieu le soir à 20 h. 30 ; mais celle de la maternité est suivie plus volontiers par nos mères et nos enfants, comme plus discrète. Les pères n'y viennent pour ainsi dire pas, car la consultation du soir est plus commode pour eux.

Nouvelles femmes inscrites au registre.....	80
Nouveaux enfants inscrits au registre.....	36
Femmes ayant subi un traitement régulier.....	88
Enfants ayant subi un traitement régulier.....	42

III. *La consultation de gynécologie.* — Une consultation de gynécologie a lieu les mardis et jeudis à 9 heures du matin et les vendredis à 20 h. 30. Celle du jeudi matin est plus spécialement consacrée à la stérilité et aux traitements.

Nombre total des consultations.....	300
Femmes hospitalisées en vue d'opération.....	30

IV. *La consultation des nourrissons.* — Une consultation de nourrissons a lieu deux fois par semaines, les jeudis et samedis à 13 h. 30.

Nombre total des consultations.....	5.734
-------------------------------------	-------

DEUXIÈME PARTIE

Le service d'accouchement.

HOSPITALISATION. STATISTIQUE.

Total des femmes hospitalisées.....	2.918
Total des femmes accouchées.....	2.593
Total des femmes hospitalisées en cours de grossesse et non accouchées.....	42
Total des avortements.....	35

(Les avortements sont en petit nombre car la plupart sont évacués sur le service de chirurgie).

Avortements thérapeutiques.....	3
Accouchements prématurés spontanés.....	76
Accouchements simples.....	2.564
Accouchements multiples.....	29

Univitellins.....	9
Bivitellins.....	20

Applications de forceps.....	101
Versions internes.....	8
Pelvitomies.....	5
Basiotripsies.....	4
Hystérotomies hautes.....	14
Hystérotomies basses.....	5
Hystérectomie totale.....	1
Incisions du col.....	9
Dilatations artificielles.....	6

Opérations gynécologiques.....	25
Mortalité maternelle totale.....	17
Mortalité maternelle par infection contractée dans le service	4
Pourcentage de femmes mortes par infection con- tractée dans le service en 1929.....	1,5 ‰
Pourcentages comparés des années précédentes :	
En 1924.....	0,4 ‰
En 1925.....	1,4 ‰
En 1926.....	2 ‰
En 1927.....	2,1 ‰
En 1928.....	0,3 ‰
Chiffre total des naissances.....	2.622
Fœtus morts pendant la gestation.....	33 soit 1,2 %
Fœtus morts pendant le travail.....	37 soit 1,4 %
Enfants morts pendant leur séjour à la ma- ternité	75 soit 2,9 %
Mortalité infantile totale.....	145 soit 5,5 %
Enfants sortis vivants.....	2.477

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE DE LA GESTATION

Albuminurie.

(122 observations, 63 primipares et 59 multipares).

2 fois l'albuminurie se rencontre dans des grossesses gémellaires, qui sont néanmoins menées à bien.

4 fois l'albuminurie n'est qu'un phénomène accessoire au cours d'une crise de pyélo néphrite.

33 fois l'albuminurie est associée à l'hypertension ; il s'agit alors d'accidents plus graves qui provoquent 5 fois l'accouchement prématuré, et qui deux fois (obs. 543 et 1546) aboutissent à l'éclampsie confirmée. Dans l'observation 395, l'albuminurie complique l'hypertension : il éclate une crise d'asystolie au cours du travail ; l'accouchement est néanmoins naturel, et la crise rétrocede.

Les lésions placentaires duement constatées sont seulement au nombre de 5.

Avortements.

(35 observations).

Dans quatre cas, la syphilis était probable.

Deux observations concernent des femmes fort suspectes d'endométrite.

Cinq autres avortements se produisirent après un début de grossesse compliqué d'hémorragies abondantes.

L'observation 834 concerne une femme chez laquelle on pratique une biopsie du col, suspect d'épithélioma ; l'avortement se produisit le lendemain ; la grossesse en était à 5 mois 1/2.

Dans l'observation 2650 l'avortement eut lieu à 5 mois 1/2 chez une tuberculeuse avancée : l'évolution de la tuberculose ne parut pas modifiée.

Tous les avortements eurent lieu en 2 temps, sauf dans l'observation 2905 qui vit l'expulsion en bloc d'un œuf de 5 mois.

Deux avortements étaient gémellaires l'un bivitellin, l'autre univitellin.

Cardiopathies.

(30 observations)

Il s'agissait :

12 fois de rétrécissement mitral ;

3 fois d'aortite (obs. 1568, 2043 et 2621) ;

1 fois d'insuffisance mitrale (obs. 2887) ;

1 fois de maladie mitrale (obs. 2176) compliquée

de tuberculose pulmonaire ; malgré ces lésions, la femme, secondipare de 27 ans, eut un accouchement naturel à terme.

L'observation 2807 concerne une femme atteinte de lésions congénitales graves (rétrécissement pulmonaire certain compliqué très probablement de maladie de Roger). La grossesse fatiguait beaucoup cette femme qui était suivie régulièrement à la consultation. Son accouchement n'avait pas encore eu lieu fin 1929.

Dans l'observation 1462, la malade eut une crise d'asthme cardiaque provoquée par le travail : elle mena pourtant à bien son accouchement.

Six fois des cardiopathies nécessitèrent des applications de forceps ; elles eurent lieu 5 fois avant tout début d'accident pour éviter aux parturientes des efforts expulsifs, et 1 fois pour hâter la terminaison de l'accouchement qui avait déterminé de l'hyposystolie.

Dans l'observation 303 on provoque l'avortement thérapeutique au cinquième mois d'une grossesse, au cours d'un rétrécissement mitral mal compensé.

Tous les autres accouchements eurent lieu à terme ou près du terme.

Epilepsie.

(1 observation n° 881).

Concerne une multipare de 34 ans qui avait eu déjà 2 avortements, 1 enfant mort en bas âge et

2 enfants vivants et bien portants. Elle avait des crises depuis l'âge de 7 ans. La grossesse n'avait sur elles aucune influence. L'accouchement fut naturel à terme, l'enfant vivant.

Eclampsie.

(4 observations).

OBSERVATION 140. — Concerne une primipare de 17 ans. Crise d'éclampsie unique et légère au moment de l'expulsion. On fait une application de forceps en O. I. D. T. et l'on extrait un enfant vivant pesant 2.700 gr., pas d'autres incidents.

OBSERVATION 543. — Concerne une multipare de 32 ans (9 accouchements antérieurs) n'ayant jamais consulté durant sa grossesse, albuminurique et hypotendue. Elle arrive à la maternité dans le coma. On lui fait une saignée de 600 gr., un lavage d'intestin, un lavage d'estomac, un lavement au chloral et on lui fait ingérer 1 litre d'eau lactosée. Les crises s'espacent jusqu'à l'expulsion spontanée d'un fœtus mort et macéré, au 7^e mois de sa grossesse. Quitte le service en bon état.

OBSERVATION 1546. — Primipare de 23 ans. Grossesse normale jusqu'à six mois. A cette époque, crise d'éclampsie s'accompagnant d'œdème et d'une hypertension secondaire peu importante. On pratique l'interruption artificielle de la gestation aboutissant à l'expulsion d'un fœtus du sexe féminin,

mort, pesant 980 gr. La femme quitte le service albuminurique.

OBSERVATION 1937. — Multipare de 38 ans, hypertendue. Crise d'éclampsie au moment du travail. L'accouchement est néanmoins naturel à terme, après une saignée de 500 gr. La femme quitte le service en bon état.

Fistule anale.

OBSERVATION 2862. — Concerne une primipare de 23 ans, opérée d'une fistule anale au septième mois de sa grossesse, sans incident.

Hémorragie de la gestation.

(20 observations).

Deux fois l'accouchement fut à terme mais l'enfant débile ; cinq fois les hémorragies par leur répétition entraînèrent l'avortement ; une fois il se produisit un accouchement prématuré au terme de 6 mois : l'enfant débile de moins de 2.000 gr. mourut peu après.

Une observation concerne l'accouchement naturel à terme d'un fœtus mort et macéré : le Wassermann était négatif. Il s'agissait une fois d'hémorragies périodiques survenant au moment des règles.

Dans tous les autres cas les accouchements eurent lieu à terme ou près du terme : les enfants étaient normaux.

Hypotension.

(10 observations).

Nous considérons qu'il y a hypotension lorsque le chiffre de la maxima est inférieur à 8,5 par la méthode palpatoire de Riva-Rocci, effectuée à l'humérale, dans la position couchée.

Une fois (obs. 2516) cette hypotension était associée à une albuminurie légère. Toutes les autres fois la grossesse se déroula sans incident digne d'être noté. Tous les accouchements eurent lieu à terme ou près du terme. Tous les enfants étaient normaux.

Hypertension.

(149 observations).

Nous considérons qu'il y a hypertension, lorsque le chiffre de tension maxima, mesuré dans les mêmes conditions que plus haut, est supérieur à 12, 5.

L'hypertension pure ou associée à l'œdème déterminait rarement des accidents dignes d'être notés. Trois fois elle se manifesta au cours d'une cardiopathie, et 1 fois elle vint compliquer une grossesse gémellaire. Des hémorragies de la délivrance furent notées quatre fois chez des hypertendues.

Elle donna lieu, au contraire assez fréquemment à des accidents sérieux lorsqu'elle fut associée à l'albuminurie. Elle aboutit en particulier trois fois à

l'éclampsie confirmée (obs. 140, 543, et 1937). Dans l'observation 1546 qui concerne une éclampsie du travail l'hypertension fut secondaire et peu élevée.

Ictère.

OBSERVATION 2198. — Concerne une secundipare de 23 ans qui fit un ictère de cause indéterminée au 7^e mois de sa grossesse. Aux symptômes d'ictère s'ajoutaient des signes de pyélonéphrite et un gros œdème blanc des membres inférieurs. L'accouchement fut naturel et à terme d'un enfant vivant qui mourut quatre heures après sa naissance. L'autopsie révéla un gros thymus (21 gr.).

Kyste de l'ovaire.

OBSERVATION 2491. — Kyste de l'ovaire opéré en cours de grossesse. Accouchement naturel à terme.

Psoriasis.

OBSERVATION 2289. — Concerne une multipare de 26 ans : l'affection préexistait à la grossesse et ne fut pas modifiée par elle.

Psychose puerpérale.

(2 observations).

OBSERVATION 1479. — Concerne une primipare de 20 ans n'ayant jamais consulté pendant sa gros-

sesse. Dans les suites de couches, en même temps que les signes d'une pyélo-néphrite apparaissent les symptômes d'une psychose puerpérale à type de manie confuse. Evacuée à l'hôpital Henri Roussel après guérison de sa pyélonéphrite.

OBSERVATION 2709. — Primipare de 23 ans, a présenté à deux reprises durant sa gestation, au deuxième et au huitième mois, des troubles de la mémoire, allant jusqu'à la perte complète.

Prolapsus.

OBSERVATION 395. — Secondipare de 32 ans. Prolapsus utérin opéré 7 ans avant la grossesse actuelle. Grossesse et accouchement normaux.

Pyélonéphrite.

(114 observations).

Dans la plupart des cas les symptômes restèrent assez discrets et s'amendèrent rapidement grâce au régime végétarien, fruitarien, à l'uroformine et au vaccin de Fisch.

Quinze femmes furent atteintes plus gravement et durent être hospitalisées (obs. 147, 375, 444, 536, 693, 955, 7, 1019, 1151, 1315, 1499, 1561, 2433, 2474, 2666).

Toutes ces femmes bénéficièrent grandement de la distension vésicale et quittèrent l'hôpital en bon

état. L'une d'elle (obs. 1315) concernait une crise post partum. Une fois (obs. 1232) le traitement fut impuissant à empêcher l'avortement qui eu lieu à cinq mois. L'enfant était mort ; la femme quitta le service en bon état.

Dans les observations 286, 1082 et 2662, l'accouchement fut prématuré aux termes respectifs de 8 mois, 7 mois et 6 mois. Les deux premières fois, les enfants, quoique débiles, survécurent ; dans le dernier cas, le fœtus était mort frais.

Une fois (obs. 1479) la femme atteinte également de psychose puerpérale fut envoyée par la suite à l'hôpital Henri Rousselle.

L'observation 1796 concerne une primipare de 37 ans. La pyélonéphrite n'était chez elle qu'un phénomène accessoire : on fit une césarienne pour placenta prævia. Enfant mort-né frais. Quitte le service en bon état.

L'observation 1741 concerne également une femme atteinte de pyélo, chez laquelle on fait une césarienne à terme pour bassin généralement rétréci.

Dans tous les autres cas l'accouchement fut naturel à terme, l'enfant normal. Dans l'observation 1697 seulement il s'agissait d'un débile qui d'ailleurs survécut.

Rétention fœtale.

(34 observations).

Dans ce total on note 26 accouchements aux termes de 6, 7 ou 8 mois de fœtus morts et macérés.

Les autres cas comprennent des rétentions fœtales s'accompagnant d'expulsion de produits de conception macérés, avant le sixième mois.

Onze fois la syphilis était certaine, vérifiée par la réaction de Bordet-Wassermann positive.

Dans l'observation 1114, la femme était atteinte d'hypertension, l'expulsion eut lieu à 8 mois.

Les observations 2186 et 2442 concernent des femmes ayant des vomissements graves, compliqués d'hémorragies dans le premier cas. Les deux fois, la femme quitte la maternité en excellent état, après cessation des accidents.

Syphilis.

(69 observations).

Dans 59 cas seulement, la syphilis était certaine. Les dix autres observations concernent des femmes chez lesquelles la réaction de Wassermann était négative mais qui présentaient des stigmates indiscutables.

Dans l'observation 411, la syphilis fut contractée en cours de grossesse : La femme suivit un traitement, et accoucha dans des conditions normales.

Huit fois l'accouchement fut prématuré d'enfants vivants qui survécurent, sauf dans l'observation 1777 où il s'agit d'un mort-né frais, et dans l'observation 2407, où l'enfant débile succomba.

Quatre enfants présentaient des lésions spécifiques :

OBSERVATION 1264. -- La mère présentait de l'hydramnios, l'enfant atteint de pemphigus palmo-plantaire succombait peu de temps après l'accouchement.

OBSERVATION 1635. — Réactions humorales négatives, mais kératite interstitielle.

OBSERVATION 1773. — Accouchement à 8 mois : l'enfant présente du pemphigus palmo-plantaire et est traité au sulfarsénol. Le placenta est gros.

OBSERVATION 885. — Enfant présentant un gros foie et une grosse rate, traité au sulfar.

L'observation 1625 concerne un enfant dont les réactions étaient positives bien que celles de la mère fussent négatives : on le traita au sulfar.

45 accouchements furent naturels et à terme, d'enfants en apparence bien portants. La plupart de ces femmes avaient été traitées, plus ou moins régulièrement il est vrai ; néanmoins il semble que le traitement ait agi favorablement chaque fois qu'il a été appliqué d'une manière assez suivie.

Sciatique.

OBSERVATION 2779. — Concerne une multipare de 36 ans qui subit une version par manœuvres internes pour présentations de l'épaule ; au cours des suites de couches qui furent fébriles, la femme présente des signes de sciatique. Traitée sans succès

par des injections de naïodine et ingestion de salicylate, elle est améliorée par des injections de sérum antigonococcique.

Tuberculose.

(30 observations).

Sur ce nombre il s'agit 10 fois d'antécédents personnels plus ou moins éloignés.

Presque toutes les femmes tuberculeuses avérées qui devinrent enceintes virent leurs lésions aggravées par leur grossesse. Néanmoins, dans l'observation 1079, il s'agit d'une secundipare de 29 ans, avec une caverne au sommet et crachant des bacilles, mais apyrétique, et dont l'état général était excellent, chez laquelle la grossesse n'eut aucune action.

Dans l'observation 2312, où il s'agit également d'une cavitaire, on ne note aucune modification des lésions avec la grossesse,

De même dans l'observation 1322, la tuberculose évolutive, ayant débuté avant la grossesse chez une primipare de 23 ans, ne paraît pas influencée par elle.

L'observation 978 concerne une tuberculose évolutive avec laryngite. Quatre grossesses antérieures. La tuberculose a débuté après la quatrième grossesse et semble nettement aggravée par elle : l'accouchement détermine une élévation de tempé-

rature ; l'enfant débile, est séparé de sa mère : on lui fait du B. C. G.

Dans l'observation 1105, la femme succombe à une méningite tuberculeuse en cours de gestation.

Dans les observations 700, 1862, 2258, 2650 et 2891, l'évolution de la tuberculose fut très gravement influencée par la grossesse et toutes ces femmes succombaient peu de temps après l'accouchement, ayant donné le jour à des enfants vivants.

Dans l'observation 1862, l'état de cachexie extrême de la femme nécessite une application de forceps : la femme meurt 2 heures après.

Vomissements.

(49 observations).

Dans la plupart des cas ces vomissements, d'abondance variable, disparurent vers le quatrième mois de la gestation.

Cependant certains vomissements, véritablement incoercibles, nécessitèrent l'hospitalisation des femmes.

Dans l'observation 357, la femme fut guérie par le séjour à l'hôpital sans traitement.

OBSERVATION 452. — Vomissements améliorés par des lavements au chloral.

On fit avec un certain succès des injections de corps jaunes dans les observations 497 et 1439.

Dans les observations 2314 et 2319, les femmes

furent guéries par la méthode d'Heurotay. Dans l'observation 2661, par la méthode de Leven.

A deux reprises, les vomissements graves provoquèrent l'expulsion d'un fœtus mort et macéré dans le second cas (5 mois), mort frais dans le premier (2 mois). (Obs. 1421 et 2442.)

Varices.

(470 observations).

La plupart ne compliquèrent pas autrement la gestation qu'en provoquant des lourdeurs et des douleurs dans les membres inférieurs, gênant les femmes dans leur travail.

Trois fois (obs. 1022, 1712 et 2499) les varices se compliquèrent de périphlébite, et une fois (obs. 604) d'ulcère variqueux.

Six fois il existait en plus des varices des membres inférieurs des varices vulvaires importantes (obs. 61, 1109, 1278, 1861, 2400, 2629).

CHAPITRE II

ACCOUCHEMENT

STATISTIQUE.

Accouchements simples..... 2.564
soit 98,8 % du nombre total d'accouchements.

Sommets.....	2.462, soit 96 %	} Pourcentage basé sur le nombre total d'accouchements simples
gauches.....	1.590	
droits.....	872	
dégagement en O. P.	2.438	
dégagement en O. S.	24	
Pièges.....	81, soit 3,2 %	
complets.....	41	
décomplétés.....	40	
Faces.....	9, soit 0,35%	
Front.....	1, soit 0,03%	
Epaules.....	11, soit 0,42%	

Accouchements multiples..... 29
soit 1,2 % du nombre total d'accouchements,

Gémellaires bivitelline..	20, soit 72 %	} Pourcentage basé sur le nombre total de grossesses multiples
Gémellaires univitellines	9, soit 28 %	

PRÉSENTATIONS ANORMALES

Présentations du siège.

(81 observations)

41 complets, 40 décomplétés.

La présentation du siège ne saurait être considérée comme une présentation dystocique, et en

effet presque tous ces accouchements s'effectuèrent sans nécessiter d'intervention.

Dans l'observation 1152, on fut obligé de pratiquer une manœuvre de Moriceau pour rétraction du col sur la tête dernière ; l'enfant débile succomba.

L'observation 2759 concerne une extraction du siège après version pour présentation de l'épaule : L'enfant était mort-né frais.

De même dans l'observation 335, l'accouchement par le siège fut le résultat d'une version interne, mais l'enfant survécut.

Dans les observations 33 et 51, il s'agissait de fœtus morts et macérés, accouchés respectivement à 7 et 8 mois. La réaction de Wassermann était négative dans les deux cas.

L'observation 2099 concerne une primipare de 31 ans : présentation du siège avec rupture prématurée des membranes, compliquée d'infection amniotique : on pratique une césarienne haute suivie d'hystérectomie abdominale. La femme et l'enfant quittent la maternité en excellent état.

Présentation de la face.

(9 observations).

Dans 6 cas (obs. 1729, 1833, 2218, 2225, 2745 et 2815), il s'agissait de grossesses normales chez des femmes normales : accouchements naturels à terme d'enfants vivants.

Dans l'observation 322, il s'agit d'une primipare

qui accouche à terme d'un débile se présentant par la face. Le travail dura 6 heures, la durée d'expulsion fut de 15 minutes, l'enfant survécut.

Dans l'observation 551, on fut obligé d'appliquer un forceps sur une M. I. D. P. pour lenteur de la période d'expulsion : enfant vivant.

Enfin, dans l'observation 2710, il s'agissait d'une face dans un excès de liquide : l'accouchement s'effectua normalement. Mortalité maternelle et mortalité fœtale nulles.

Présentation du front.

(1 observation).

OBSERVATION 1830. — Primipare de 24 ans, bassin normal. Aucun incident au cours de la grossesse. La durée de la dilatation fut de 17 heures, la durée de l'expulsion de 30 minutes.

L'accouchement fut naturel à terme. Enfant vivant pesant 3290 grammes. Dégagement en fronto-postérieure.

Présentation de l'épaule.

(11 observations).

2 observations concernent des jumeaux et seront étudiées à ce chapitre (obs. 23 et 2755).

OBSERVATION 28. — Concerne une secundipare de 39 ans, dont le premier accouchement avait été

naturel à terme. Entre à la salle de travail pour perte de sang. La tête, malgré le port d'une ceinture, fuit dans la fosse iliaque droite ; on pratique une césarienne pour placenta-prævia. La femme est décédée le 7^e jour (Voir mortalité maternelle).

OBSERVATION 625. — Concerne une multipare de 36 ans à très forte paroi. Il s'agit d'une présentation qui évolue jusqu'à dilatation complète sans intervention. Le diagnostic de présentation transversale n'est nettement posé qu'à ce moment. Le fœtus a succombé : on fait une embryotomie rachidienne aux ciseaux de Dubois. Suites de couches normales.

OBSERVATION 743. — Concerne une multipare de 29 ans à Wasserman positif ayant deux avortements antérieurs, présentation primitive de l'épaule pour placenta inséré sur le segment inférieur et éperon du fond utérin. Césarienne haute à terme, enfant vivant, suite de couches normales.

OBSERVATION 1073. — Concerne une primipare de 31 ans qui a une présentation primitive de l'épaule gauche, dilatation au ballon de Champetier, puis, par la méthode bimanuelle, tentative de version infructueuse par suite de la contraction du segment inférieur. La version devient possible, mais difficile. Le fœtus succombe. La tête reste au-dessus du détroit supérieure, et il est impossible de l'engager par la manœuvre de Champetier. On pratique

alors une embryotomie aux ciseaux de Dubois, suivie d'une basiotripsie sur la tête dernière. Délivrance artificielle. Phlébite dans les suites de couches.

OBSERVATION 1357. — Concerne une primipare de 19 ans. Accouchement au terme de 7 mois $1/2$, présentation primitive de l'épaule. On tente une dilatation au ballon pour faire une version par manœuvres internes, mais l'enfant succombe : on termine alors par une embryotomie rachidienne.

OBSERVATION 1450. — Présentation de l'épaule d'un gros fœtus mort et macéré, pesant 4860 grammes. Embryotomie rachidienne : Suites de couches légèrement fébriles.

OBSERVATION 1916. — Présentation primitive de l'épaule pour placenta inséré bas chez une multipare de 29 ans. Extraction césarienne d'un enfant vivant. Mort de la femme par embolie le dixième jour (Voir mortalité maternelle).

OBSERVATION 2757. — Concerne une multipare de 30 ans enceinte d'environ 6 mois et chez laquelle le fœtus se présente par l'épaule. On extrait après version un fœtus mort-né frais. Suites de couches normales.

OBSERVATION 2779. — Concerne une primipare de 36 ans. Présentation primitive de l'épaule droite.

On fait une version facile sous anesthésie générale. Abaissement des deux pieds : On extrait la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau, l'enfant est vivant. Les suites de couches furent fébriles.

Mortalité maternelle deux cas.

Mortalité infantile cinq cas.

Gestations multiples.

(29 observations).

Se départageant en 20 gestations bivitellines et 9 gestations univitellines.

Quatorze fois les fœtus se sont présentés l'un par le siège, l'autre par le sommet.

Dix fois les jumeaux se sont présentés l'un et l'autre par le sommet.

Deux fois les jumeaux se sont présentés l'un et l'autre par le siège.

Deux fois le premier jumeau se présentait par le sommet, le second était une épaule nécessitant une version par manœuvres internes (obs. 23 et 2755).

On pratiqua une application de forceps sur le premier jumeau, le second se présentant par le siège dans les observations 229 et 927. Une double application de forceps fut nécessaire dans l'observation 680.

Dix fois (obs. 23, 430, 596, 605, 695, 893, 927, 1039, 1770, 1857, 2624). Les jumeaux étaient l'un et l'autre débiles. Une seule fois (obs. 264), un seul des jumeaux était débile.

Une fois (obs. 761) un des enfants pesait plus de 4000 gr. L'accouchement eu lieu à six mois dans l'observation 695, à 6 mois 1/2 dans l'observation 1770, à 7 mois dans l'observation 1039. Dans les autres cas l'accouchement fut au voisinage du terme, mais le plus souvent un peu précocé.

Huit enfants succombèrent, la mortalité maternelle fut nulle.

CHAPITRE III

COMPLICATION DE LA PARTURITION

Œdème du col.

(5 observations).

OBSERVATION 1089. — Concerne une multipare de 37 ans à bassin vicié (diamètre promonto-sous-pubien = 10,5) qui avait eu auparavant 4 accouchements normaux. Début du travail chez la sage-femme agréée. Est amenée à Boucicaut après 24 heures de douleurs sans résultat. On constate un gros œdème du col et du segment inférieur. On pratique une incision du col, sous anesthésie générale, suivie 5 heures après d'une application de forceps. On extrait un enfant vivant. Les suites de couches furent légèrement fébriles.

Cette femme fit à l'occasion de cet accouchement une fistule vésico-utérine opérée deux mois après l'accouchement, la femme succomba aux suites de cette intervention.

OBSERVATION 2041. — Concerne une primipare de 22 ans à bassin légèrement rétréci (promontoire à 11 cm.). Le toucher montre un léger œdème de la

lèvre inférieure ; l'accouchement est naturel, d'un enfant vivant.

OBSERVATION 2087. — Concerne une multipare de 34 ans qui fit une rupture prématurée des membranes 48 heures avant l'accouchement. Le travail est lent : un toucher montre un léger œdème du col. Accouchement naturel, enfant vivant.

OBSERVATION 2104. — Concerne une primipare de 25 ans. Œdème du col peu accentué. Accouchement normal après une injection de morphine.

OBSERVATION 2206. — Concerne une primipare de 19 ans. Le travail traîne en longueur, par suite d'un gros œdème de la lèvre antérieure. L'accouchement est néanmoins naturel après une injection de morphine.

Procidences.

(6 observations).

Une fois il s'agit de procidence d'un bras (obs. 1746) concerne une multipare de 23 ans qui accouche à 8 mois d'un débile de 1.660 gr. La présentation était céphalique. La procidence du bras n'empêcha pas l'accouchement d'être naturel. L'enfant succomba peu de temps après sa naissance.

Les autres observations concernent des procidences du cordon.

Dans les observations 1373, 1565 et 1598, il s'agit

seulement de latérocidence, tandis que dans les observations 1049 et 2730, il s'agit de procidence vraie.

Tumeurs prævia.

(2 observations).

OBSERVATION 1642. — Concerne une secondipare de 27 ans, à bassin légèrement rétréci. Au quatrième mois de sa grossesse, on découvre dans le Douglas une tumeur mobile qui peut être un kyste ou un fibrome. On conseille l'opération, qui n'est pas faite pendant la grossesse. L'accouchement est naturel à terme.

OBSERVATION 2792. — Concerne une multipare de 31 ans qui présente un petit fibrome pédiculé prævia. L'accouchement n'en est pas moins naturel à terme d'un enfant normal.

Viciations pelviennes.

1^o *Bassins rachitiques* : 103 observations.

Nous avons noté : a) Onze bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien était inférieur à 10 cm. 5.

Sur ces onze bassins il y eut 6 accouchements naturels à terme (obs. 501, 677, 1337, 1579, 1797).

Quatre césariennes (obs. 93, 480, 2207 et 2697).

Une pubiotomie suivie d'une application de forceps (obs. 2328).

Nous étudierons en détail ces diverses observations au chapitre : opérations obstétricales ;

b) Quatre bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien était égal à 10 cm. 5.

Deux accouchements furent naturels à terme (obs. 150 et 1133). On fit une application de forceps dans l'observation 1089 où un œdème du col aggravait la dystocie.

Enfin on pratiqua une césarienne dans l'observation 1981.

c) Soixante-treize bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien dépassait 11 cm. 5.

Dans ces 73 observations on note : 7 césariennes (obs. 238, 567, 1199, 1498, 1741, 2048 et 2333 *bis*).

7 applications de forceps (obs. 84, 995, 1122, 1363, 1600, 2452, 2545).

1 basiotrysie (obs. 2123).

1 pubiotomie (obs. 2915) suivie d'une application de forceps, tous les autres accouchements furent naturels à terme ou près du terme. L'un d'eux (obs. 660), eut lieu à 8 mois. Il y eut un mort-né (obs. 2846).

Un enfant débile, quoique à terme et qui survécut (obs. 1725).

2 accouchements par le siège.

Dans l'observation 1122, l'enfant extrait au forceps fut ranimé, mais succomba 10 heures après.

Dans l'observation 567, l'enfant extrait par césarienne était mort depuis 48 heures et avait subi un début de macération.

2^o Bassins coxalgiques : 2 observations.

OBSERVATION 1591. — Concerne une primipare de 22 ans ayant eu une coxalgie gauche à l'âge de 4 ans ; elle présente une ankylose de l'articulation coxa-fémorale gauche, une atrophie et un raccourcissement du membre, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 12 cm. La ligne innommée droite est explorable, la concavité de la ligne innommée gauche est amoindrie. L'accouchement fut naturel à terme.

OBSERVATION 2770. — Concerne une primipare de 24 ans. Coxalgie gauche à 4 ans. Bassin fortement touché. Application de forceps pour lenteur d'expulsion et modification des bruits du cœur. Enfant vivant ; suites de couches normales.

Luxation congénitale.

2 observations, 1520 et 2351, dans l'un et l'autre cas le bassin est peu touché, l'accouchement naturel à terme.

Paralysie infantile.

OBSERVATION 229. — Concerne une primipare de 30 ans ayant une paralysie infantile à l'âge de 5 ans atteignant le membre inférieur droit. Présente un abaissement considérable de l'os iliaque de ce côté : le bassin est pourtant normal. Accouchement gé-

mellaire bivitellin : forceps sur le premier jumeau, le second se présente par le siège.

3° Col exubérant.

OBSERVATION 505. — On doit pratiquer une basiotripsie (voir ce chapitre).

4° Bassin scoliatique.

OBSERVATION 2184. — Diamètre promonto-sous-pubien de 11 cm. 5, mais sacrum bien concave : accouchement naturel à terme.

5° Bassin asymétrique.

OBSERVATION 1660. — Concerne une primipare de 22 ans. A eu une arthrite dont elle souffre toujours. Le promontoire est à 11 cm. 3. A droite la ligne innommée atteinte a conservé sa courbure normale, à gauche (côté malade) le fond du cotyle légèrement douloureux semble plus proche. La radio montre une asymétrie pelvienne. Accouchement naturel à terme.

Insertions basses du placenta.

Nous avons compté 563 placentas insérés bas, mais hâtons-nous d'ajouter que ces constatations ne furent pas faites en cours de grossesse, grâce à des complications atteignant la femme, mais par des mensurations effectuées sur les membranes après

leur expulsion. En réalité, les placentas bas dystociques furent rares, nous en avons compté 7.

Les observations 28, 743 et 1916 ont été étudiées en détails au chapitre : présentation de l'épaule.

OBSERVATION 987. — Etudiée au chapitre : Hystérotomies hautes.

OBSERVATIONS 1052 et 2593. — Etudiées au chapitre : Mortalité maternelle.

OBSERVATION 1880. — Etudiée au chapitre : versions internes.

Déchirures du périnée.

Nous avons réuni 308 observations de déchirure du périnée. La plupart furent extrêmement bénignes et se bornèrent à des éraillures peu importantes nécessitant seulement la pose immédiate de 1 ou 2 crins.

Les déchirures sérieuses furent infiniment moins fréquentes. 18 déchirures furent produites après application de forceps.

Il y eut 8 déchirures importantes nécessitant une réparation en deux plans, catgut et crins ; toutes ces femmes quittèrent le service en bon état.

Neuf fois il s'agit d'un périnée complet. La rupture étant survenue deux fois après un siège (obs. 1155 et 1169), et deux fois après une application de forceps (obs. 844, 2005). La restitution fut immédiate

et les femmes quittèrent le service en bon état dans les observations 104, 844, 879, 1155, 1169, 2005, 2065, 2531, 2588, avec la consigne de revenir se faire examiner de temps à autre pour restauration secondaire s'il y a lieu.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE

Décollement prématuré du placenta.

OBSERVATION 1781. — Concerne une multipare de 34 ans présentant de l'hypertension et de l'œdème malléolaire sans albumine. L'accouchement fut naturel à terme d'un enfant mort-né frais.

Délivrance incomplète.

(8 observations).

Chaque fois la révision utérine fut pratiquée, soit pour rétention d'un cotylédon placentaire, soit pour rétention de membranes (obs. 2710 et 2774).

Défaut de décollement du placenta.

(2 observations).

OBSERVATIONS 611 et 2873. — On pratiqua aux deux fois la délivrance artificielle, quoi qu'il n'y ait aucune hémorragie, la délivrance n'ayant pas encore eu lieu plus de 2 heures après l'accouchement.

Enchatonnement du placenta.

(4 observations).

OBSERVATIONS 670, 1920, 2542 et 2852. — On pratiqua chaque fois la délivrance artificielle. Le placenta était en partie bloqué au niveau d'une des cornes utérines.

Hémorragies de la délivrance.

(93 observations).¹

Il s'agit 42 fois d'hémorragies pour arrêt de décollement du placenta nécessitant une délivrance artificielle. Ces hémorragies furent traitées par la position déclive, les injections chaudes, l'hypophyse, les injections de sérum physiologique.

Dix fois la gravité des accidents nécessita une transfusion.

Deux fois (obs. 978 et 2118), on dut avoir recours à un tamponnement intra-utérin.

Les autres hémorragies furent dues à l'inertie utérine après une délivrance naturelle.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Avortement thérapeutique.

OBSERVATION 303. — Concerne une multipare de 32 ans atteinte d'un rétrécissement mitral mal compensé. On pratique un avortement thérapeutique par curettage après dilatation aux bougies de Hégar. Pas d'incident lors de l'opération ; suites de couches un peu fébriles.

OBSERVATION 1321. — Concerne une multipare de 39 ans. Grossesse de 4 mois 1/2 avec pertes de sang abondantes. On pose un ballon de Champetier et l'on extrait un fœtus mort-né de 320 gr., puis on pratique une délivrance artificielle, et l'on constate alors une rupture du segment inférieur. M. Le Lorrain appelé d'urgence pratique une hystérectomie totale, avec drainage au Mikulicz. L'état de la femme nécessite une transfusion. Les suites de couches sont fébriles, mais la malade quitte le service en bon état.

OBSERVATION 1546. — Avortement thérapeu-

tique pratiqué au cours d'une crise d'éclampsie (voir pour détails ce chapitre).

Dilatation artificielle.

(8 observations).

Les observations 303, 1321 et 1546, concernent les dilatations artificielles au cours des avortements thérapeutiques signalés plus haut.

OBSERVATION 335. — Concerne une multipare de 41 ans, qui fait une crise d'asystolie grave au cours du travail. On pratique une dilatation bimanuelle pour version interne (voir mortalité maternelle).

OBSERVATION 797. — On fait une dilatation artificielle au ballon de Champetier pour permettre l'expulsion d'un fœtus mort et macéré.

OBSERVATION 2593. — Concerne une dilatation bimanuelle pour placenta prævia (voir mortalité maternelle).

Enfin les observations 1073 et 1357, concernent des dilatations artificielles dans des présentations de l'épaule, étudiées à ce chapitre.

Incisions du col.

(9 observations).

Quatre fois (obs. 505, 934, 1073 et 1089) l'incision du col fut pratiquée pour œdème, et l'accouchement se termina ensuite d'une manière naturelle.

Cinq fois (obs. 25, 485, 1049, 1122 et 1189) l'incision fut suivie d'une application de forceps.

Dans l'observation 25 il s'agissait d'une femme ayant un bassin généralement rétréci : la dilatation se faisant mal on fit une double incision du col avec application de forceps dans l'excavation. La femme et l'enfant quittèrent le service en excellent état.

Forceps.

(101 observations).

Douze de ces observations concernent des applications de forceps pour viciation pelvienne (obs. 84, 229, 995, 1089, 1122, 1363, 1600, 2328, 2452, 2548, 2770, 2915), nous avons eu déjà occasion d'en parler au chapitre : Viciations pelviennes.

Une fois (obs. 551) le forceps fut appliqué sur une face.

Quatre fois il s'agissait de bassins normaux, mais les enfants étaient gros, dépassant 4.000 gr. (obs. 9, 709, 1679 et 2170). On fit une fois une application de forceps au détroit supérieur pour brièveté anormale du cordon, compliquée de circulaire. Huit fois les femmes étaient atteintes de cardiopathies plus ou moins bien compensées, mais on tenait à leur éviter des efforts expulsifs (obs. 358, 384, 1462, 2000, 2131, 2334, 2621 et 2854).

Trois fois le forceps fut appliqué chez des géme-laires :

Dans l'observation 680, les deux fœtus se présentaient par le sommet ; on fit deux forceps successifs.

Dans les observations 229 et 927, les fœtus se présentaient le premier par le sommet, le second par le siège : on fit une application de forceps seulement sur le premier enfant.

Il s'agissait une fois d'un placenta prævia (obs. 2593).

Une autre fois de rigidité anormale des tissus (obs. 2159).

Nous étudierons à leurs chapitres respectifs les applications de forceps succédant à des pelvitomies.

Mortalité maternelle, 1 cas, observation 1862 (bacillose avancée).

Mortalité infantile, 12.

Versions internes.

(8 observations).

OBSERVATION 90. — Le fœtus est en acromio-iliaque droite postérieure : on fait une version facile et on procède à l'extraction par le siège d'un fœtus mort et macéré.

OBSERVATION 23. — Accouchement gémellaire, le second fœtus se présente par l'épaule : la version aussitôt pratiquée permet d'extraire un enfant vivant.

OBSERVATION 335. — Version interne pour

permettre l'extraction rapide d'un enfant chez une asystolique (voir mortalité maternelle).

OBSERVATION 1073. — Présentation primitive de l'épaule gauche. L'enfant succombe pendant la version. On extrait la tête dernière par basiotripsie.

OBSERVATION 1371. — Il s'agit d'une présentation céphalique qui reste élevée : la femme a des hémorragies inquiétantes. Une version est pratiquée qui permet d'extraire rapidement un enfant mort-né frais. La femme est sauvée.

OBSERVATION 1880. — Il s'agit d'une multipare de 30 ans, ayant une insertion centro-partielle avec hémorragies graves au huitième mois de sa grossesse. On pratique une version podalique en passant à travers le placenta : l'enfant est mort-né, la femme survit grâce à une transfusion.

OBSERVATION 2755. — Accouchement gémellaire, version sur le second fœtus qui se présente par l'épaule.

OBSERVATION 2759 et 2779. — Versions internes pour présentations primitives de l'épaule. Dans le premier cas l'enfant succombe, dans le second il survit.

Mortalité maternelle, 1.

Mortalité infantile, 5.

Basiotripsies.

(4 observations).

OBSERVATION 505. — Concerne une multipare de 34 ans, à bassin vicié par col exubérant. L'enfant meurt pendant le travail. Après incision du col œdématisé, basiotripsie. L'extraction est ensuite facile, l'enfant pesait 3.470 gr. Infection génitale légère.

OBSERVATION 1073. — Voir : présentation de l'épaule et version interne.

OBSERVATION 2123. — Concerne une primipare de 32 ans, à bassin vicié rachitique : faux promontoire à 11 cm. 2. L'enfant succombe pendant le travail. On pratique alors une basiotripsie qui permet d'extraire un enfant de 4.050 grammes sans matière cérébrale. On constate alors qu'il existait une circulaire serrée, pouvant être cause de la mort. Suites de couches légèrement fébriles.

OBSERVATION 2447. — Concerne une primipare de 24 ans, dont le bassin est normal. L'enfant succombe au cours du travail par suite d'une procidence du cordon qui n'avait pas été perçue au toucher. On pratique alors la basiotripsie. Suites de couches légèrement fébriles.

Pubiotomies.

(3 observations).

OBSERVATION 1503 et OBSERVATION 2328. —
Concerne une primipare de 25 ans, à bassin vicié : diamètre promonto-sous-pubien à 10 cm. 2. Il semble exister peu de disproportion entre le diamètre de la tête et celui du bassin ; pour cette raison on laisse le travail se poursuivre seul le plus longtemps possible ; au bout de dix-huit heures les bruits du cœur s'accélèrent. On fait alors une section à la scie de Gigli du corps du pubis gauche, et l'on termine par une application de forceps dans la partie haute de l'excavation. On extrait ainsi un enfant vivant pesant 3.490 grammes. La femme fait une phlébite dans les suites de couches.

OBSERVATION 2915. — Concerne une secondipare de 25 ans dont le diamètre pomonto-sous-pubien est de 10 cm. 8. Le travail qui dure depuis longtemps paraît arrêté dans son évolution. La dilatation est d'une petite paume, la tête hyperfléchie. On pratique une pubiotomie à la scie de Gigli sur la branche gauche du pubis, et l'on termine par un forceps de Tarnier.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.080 gr.
Suites de couches fébriles.

Symphysiotomies.

OBSERVATION 142. — Symphysiotomie à la Zarate pour viciation pelvienne.

OBSERVATION 2127. — Symphysiotomie sous-cutanée.

Hystérotomies hautes.

(14 observations).

OBSERVATION 28. — Césarienne pour une présentation de l'épaule chez une hypertendue, les membranes étant rompues (voir : Décès maternel).

OBSERVATION 238. — Césarienne corporéale à terme, les membranes étant intactes, pour bassin généralement rétréci et aplati : faux promontoire à 11,3, promontoire non atteint. Suites de couches normales.

OBSERVATION 567. — Césarienne corporéale après début de travail, les membranes étant rompues, pour bassin plat ; promontoire à 10,2. Extraction d'un fœtus mort depuis environ 48 heures ; suites de couches normales.

OBSERVATION 743. — Césarienne corporéale, près du terme, les membranes étant intactes, chez une syphilitique à utérus cordiforme, avec insertion du placenta sur le segment inférieur. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 987. — Césarienne conservatrice du corps au début du travail, les membranes étant intactes, pour hémorragies consécutives à une insertion du placenta sur le segment inférieur. Suites de couches normales.

OBSERVATION 1052. — Césarienne du corps au début du travail, les membranes étant rompues, pour hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur (voir : Décès maternel).

OBSERVATION 1199. — Césarienne itérative du corps, les membranes étant intactes, pour bassin généralement rétréci : promontoire à 11 cmc. 3. Suites de couches normales.

OBSERVATION 1796. — Césarienne corporéale à terme, les membranes étant rompues, pratiquée pour placenta prævia chez une secundipare de 37 ans. Enfant mort-né. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 1916. — Césarienne du corps à terme, les membranes étant rompues, pour présentation de l'épaule. Mort de la femme le 11^e jour par embolie (Voir : Décès maternel).

OBSERVATION 1981. — Césarienne corporéale à terme, les membranes étant intactes, chez une primipare de 20 ans dont le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 cm. 5 : Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 2048. — Césarienne corporéale à

terme pratiquée pour la seconde fois, les membranes étant intactes, chez une secundipare de 34 ans à bassin généralement rétréci avec sacrum convexe et promontoire à 10 cm. 8. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 2099. — Césarienne suivie d'hystérectomie abdominale, pour présentation du siège et rupture prématurée des membranes, avec infection amniotique et col non dilaté chez une primipare de 31 ans. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 2697. — Concerne une multipare de 40 ans, syphilitique en traitement, qui a déjà eu 2 accouchements naturels à terme, et une césarienne pour épaule. Diamètre promonto-sous-pubien de 9 cm. 7. On pratique une césarienne itérative du corps au début du travail les membranes étant rompues, suivie d'ablation des ovaires. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 2207. — Concerne une primipare de 22 ans qui a un faux promontoire à 9 cm. 3 et un vrai promontoire à 10 cm. 3. On pratique une césarienne corporéale au début du travail, les membranes étant intactes. Suites de couches normales.

En résumé nous voyons que sur 14 césariennes hautes, 7 furent pratiquées les membranes intactes, et 7, les membranes étant rompues : Dans le premier cas il y eut 4 fois des suites de couches normales et 3 fois des suites de couches fébriles. Dans

le second cas au contraire, il y eut deux décès par infection puerpérale, un décès par embolie, 3 fois des suites de couches fébriles, et une fois seulement des suites de couches normales.

Hystérotomies basses.

OBSERVATION 93. — Césarienne du segment inférieur à terme, les membranes étant rompues, pour bassin canaliculé et aplati.

Extraction d'un gros enfant pesant plus de 4.000 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION 480. — Césarienne itérative du segment inférieur pour viciation pelvienne (diamètre promonto-sous-pubien de 9 cm. 5) les membranes étant rompues. Section et enfouissement des trompes. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION 1498. — Césarienne itérative du segment inférieur pour viciation pelvienne (diamètre promonto-sous-pubien de 10,7), à terme, les membranes étant intactes, chez une albuminurique hypertendue. Suites de couches normales.

OBSERVATION 1741. — Césarienne itérative du segment inférieur au début du travail, les membranes étant intactes, pour bassin généralement rétréci. Suites de couches normales.

OBSERVATION 233 *bis*. — Césarienne itérative du segment inférieur au début du travail chez une mul-

tipare de 37 ans, à bassin vicié, les membranes étant intactes. Suites de couches normales.

En résumé sur cinq césariennes par voie basse, les membranes étaient rompues deux fois, et trois fois elles étaient intactes. Dans le premier cas, les suites de couches furent fébriles une fois et normales 1 fois. Dans le second cas elles furent normales chaque fois.

Hystérotomies.

(2 observations).

OBSERVATION 1321 (Voir avortement thérapeutique).

OBSERVATION 2099 (Voir hystérotomie haute).

Embriotomies.

(3 observations).

OBSERVATION 625, OBSERVATION 1357 et OBSERVATION 1450. — Dans les trois cas il s'agissait de présentation de l'épaule (Voir ce chapitre).

Délivrances artificielles.

(48 observations).

On pratiqua 42 fois la délivrance artificielle pour hémorragies consécutives à une adhérence anormale du placenta.

Quatre fois il s'agissait d'enchatonnement du placenta (obs. 670, 1920, 2542 et 2852).

Deux fois il s'agissait d'absence complète de décollement (obs. 611 et 2873).

Épisiotomies.

Nous avons noté 32 femmes chez lesquelles on fut obligé de pratiquer une épisiotomie pour éviter une déchirure complète du périnée.

Trois fois (obs. 106, 154 et 1073), on dut pratiquer une épisiotomie double.

Huit fois (obs. 1284, 1322, 1959, 1971, 1988, 2005, 2139 et 2261) on pratiqua l'épisiotomie au cours d'une application de forceps.

Une fois (obs. 2139) il s'agissait d'une rigidité anormale des tissus, nécessitant d'emblée, une incision du col, une épisiotomie, et un forceps.

Opérations gynécologiques.

(25 observations).

On pratiqua 6 fois la restauration périnéale secondaire (obs. 562, 885 *bis*, 992, 1292, 1356 et 1394).

Trois fois on pratiqua l'hystérectomie subtotale pour utérus fibromateux (obs. 2398, 2617 et 2812).

Trois fois il s'agissait d'un hématosalpinx qui fut extirpé (obs. 2528, 2543 et 2693).

Dans l'observation 1566, on pratique la cure radicale d'une éventration post-opératoire.

Deux fois (obs. 870 et 1521) on pratique un curetage évacuateur et curateur pour hémorragies fréquentes.

Deux fois on fait une myomectomie pour fibrome utérin (obs. 331 et 655).

Une fois (obs. 1565) on pratique l'hystérectomie pour hémorragies fréquentes et état général mauvais : suites opératoires légèrement fébriles.

Dans l'observation 949, on fait une ligamentopexie pour prolapsus annexiel douloureux.

Dans l'observation 1112, on fait une ligamentopexie et l'on pratique l'ablation de l'ovaire gauche et de la trompe droite.

Dans l'observation 834 il s'agit d'une grossesse de 5 mois $1/2$, avec col suspect d'épithélioma : on fait une biopsie qui donne le résultat suivant : métrite subaiguë ulcéralive ; végétations glandulaires adénomateuses, pronostic réservé. Le lendemain la femme fait un avortement en deux temps. Les suites de couches sont normales.

Quatre observations concernent des opérations gynécologiques pendant l'évolution d'une grossesse.

OBSERVATION 735. — Kyste dermoïde, continuation de la gestation.

OBSERVATION 1581. — Ablation pendant la gestation (2^e mois) d'un kyste mucoïde de l'ovaire droit, continuation de la grossesse.

OBSERVATION 2637. — Fibrome pédiculé tordu

de 850 grammes, enlevé pendant la grossesse, sans l'interrompre.

OBSERVATION 2863. — Ablation d'un kyste mucoïde de l'ovaire gauche pendant la grossesse, sans l'interrompre : incision latérale.

Enfin cinq femmes atteintes d'affections gynécologiques furent hospitalisées à la maternité mais quittèrent le service sans être opérées. Ce sont.

OBSERVATION 517. — Métrorragies de cause indéterminée, traitées avec amélioration par repos, hypophyse, ergotine, mamelle. Un curetage en ville n'avait rien donné.

OBSERVATION 656. — Annexite droite ; quitte le service sans être opérée parce qu'elle tousse.

OBSERVATION 903. — Métrite, légère saignée par injections vaginales à la liqueur de Labarraque et des ovules à l'argyrol ; part en excellente santé.

OBSERVATION 2027. — Métrorragies de cause indéterminée.

OBSERVATION 2652. — Annexite double non opérée, vaccin de Poinchaux sans résultat.

CHAPITRE VI

PATHOLOGIE DE L'APRÈS-PORT

(543 observations).

Nous appelons suites de couches pathologiques toutes celles durant lesquelles la température a atteint 38° au moins une fois non compris le jour de l'accouchement. On arrive ainsi à un total assez élevé. En réalité les affections véritablement sérieuses du post-partum furent rares comme va nous le montrer une étude détaillée des suites de couches fébriles.

Infections mammaires.

(93 observations).

84 observations concernent des lymphangites ou des crevasses, facilement et rapidement guéries par des simples pansements humides chauds.

6 fois il s'agissait d'un abcès du sein que l'on dut inciser.

1 fois (obs. 1022) d'un abcès de l'aréole que l'on incisa également.

1 fois enfin on eut affaire à un abcès des 2 seins

ne s'accompagnant d'aucune élévation thermique : la femme était syphilitique.

Dans un dernier cas (obs. 123) il existait une mammite aiguë.

Infections génitales légères.

(383 observations).

Le plus grand nombre concerne des infections utérines ou annexielles très bénignes, avec légère fétidité des lochies et douleur à la pression. Les symptômes s'amendèrent rapidement avec des applications de glace sur le ventre, et des ovules à l'argyrol. Quelquefois il s'agissait d'infection périnéale, et dans ce cas un nettoyage soigneux de la plaie avec débridement au besoin suffisait à faire tomber la fièvre en quelques jours.

Infections génitales sévères.

(9 observations).

OBSERVATION 76. — Concerne une albuminurique de 27 ans atteinte d'anémie grave qui accoucha spontanément au terme de 6 mois. Après une période de 15 jours de température légère la femme fait un clocher à 40° avec signes de congestion pulmonaire du côté droit et de stase pulmonaire aux 2 bases. Une injection de septicémine ne donne aucun résultat. On pratique alors des injections quotidiennes de 10 centigrammes de novar. Dès la qua-

trième injection l'amélioration est manifeste et la malade peut quitter le service en bonne santé quinze jours après le début du traitement, ayant eu en tout sept piqûres de novar.

OBSERVATION 359. — Concerne une primipare de 39 ans, accouchée au forceps et ayant une déchirure légère du périnée. Cinq jours après l'accouchement, l'utérus est gros, les lochies douteuses. On pratique 3 injections quotidiennes ; ovules à l'argyrol, glace sur le ventre. Le lendemain la malade fait un clocher à 40° ; le poulx suit la température. On fait une injection intraveineuse de novar suivie d'une chute de la température et d'une amélioration manifeste de l'état général. Trois jours après nouvelle ascension thermique, nouvelle injection de novar, suivie d'une amélioration définitive cette fois : la femme quitte le service en excellent état.

OBSERVATION 525. — Accouchement le 28 février, passage à l'isolement le 7 mars pour fétidité des lochies et élévation progressive de la température. Une seule injection intraveineuse de 0 gr. 10 de novar, associée au traitement local amène la guérison.

OBSERVATION 697. — Primipare de 22 ans atteinte de pyélonéphrite. Deux jours après l'accouchement elle a une température de 39°, et un utérus douloureux. On lui met de la glace, et on lui fait des injections. La température reste autour de 38 ; et le hui-

tième jour monte à 40°. On pratique alors deux jours de suite une injection de 0 gr. 10 de Novar. A partir de ce moment la femme va mieux ; elle quitte le service en parfait état.

OBSERVATION 998. — Concerne une secundipare de 21 ans ayant accouché à terme d'un enfant mort et macéré. Dès le lendemain de l'accouchement la température dépasse 38° pour atteindre 40° le surlendemain. Le pouls est alors à 130. L'utérus est douloureux, l'état général franchement mauvais. Pendant trois jours la température reste aussi élevée. Une hémoculture montre du streptocoque. On pratique alors des injections intraveineuses quotidiennes de 0 gr. 10 de novar. Après la seconde injection la température tombe d'un degré, mais atteint bientôt 41° après la sixième injection s'accompagnant d'un frisson intense. On fait un abcès de fixation. C'est à ce moment que l'on note un écoulement purulent vaginal, d'origine utérine. On continue le novar.

La température tombe progressivement, mais il existe fréquemment des recrudescences accompagnées de frissons. L'apparition d'une arthrite du poignet gauche n'empêche pas la guérison de survenir, définitive 18 jours après le début des accidents. La malade a eu en tout 9 piqûres de novar.

OBSERVATION 1050. — Infection génitale sérieuse ayant débuté trois jours après l'accouchement traitée

avec succès par des injections intraveineuses de novar.

OBSERVATION 1122. — Application de forceps chez une primipare de 39 ans. Infection puerpérale très sévère à bacille d'Eberth. Traitée sans succès apparent par des transfusions et un abcès de fixation : amélioration considérable après trois injections intraveineuses de 0 gr. 40 de novar. Cette femme a fait une phlébite par la suite.

OBSERVATION 2843. — Infection génitale sévère ayant débuté quatre jours après un accouchement normal. La température atteint ou dépasse 13 fois 38°, mais atteint une fois 40° le septième jour. Traitée avec succès par des injections quotidiennes de novar, et une injection intraveineuse de themsaline.

OBSERVATION 2915. — Infection génitale sévère après une pubiotomie (voir ce chapitre), succès du novar.

Infections génitales mortelles.

Quatre observations (28, 1052, 2483, 2793). Nous les étudierons en détail à propos de la mortalité maternelle.

Phlébites et périphlébites.

Nous avons noté 3 périphlébites (obs. 1022, 1712 et 2499) tandis que 6 femmes étaient atteintes de phlébite.

OBSERVATION 1073. — Phlébite du membre inférieur gauche chez une primipare de 31 ans à laquelle on avait fait une version interne, une incision du col, une basiotripsie, une double épisiotomie et une délivrance artificielle.

OBSERVATION 1122. — Voir infection génitale sévère.

OBSERVATION 1181. — Phlébite légère de la jambe gauche après un accouchement eutocyque en tous points.

OBSERVATION 1894. — Voir : mortalité maternelle.

OBSERVATION 2328. — Phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche après une pubiotomie. Petits infarctus pulmonaires, au cours de l'évolution de cette phlébite.

OBSERVATION 2471. — Phlébite du membre inférieur droit après un accouchement normal en tous points chez une albuminurique.

Poussées thermiques d'origines diverses.

(68 observations).

4 femmes furent atteintes, dans leurs suites de couches, d'angines bénignes, qui guérir^{ent} par le traitement habituel (obs. 173, 474, 1601 et 678).

7 autres furent dirigées d'urgence sur l'hôpital Claude-Bernard pour angines suspectes (observations 70, 469, 513, 611, 1082, 2326 et 2740).

Une fut envoyée à Bicêtre, également pour angine suspecte.

L'observation 585 concerne une femme accouchée en ville et qui entre à l'hôpital pour phlébite inexistante : On l'évacue à Claude-Bernard pour angine suspecte.

20 femmes firent de la pyélonéphrite légère durant leurs suites de couches (obs. 393, 498, 798, 821, 955, 995, 1019, 1085, 1315, 1479, 1556, 1817, 1889, 1892, 2000, 2069, 2404, 2480, 2561 et 2766).

12 femmes firent de la température parce qu'elles étaient atteintes de tuberculose plus ou moins évolutive (obs. 42, 122, 234, 273, 530, 700, 840, 923, 926, 978, 1118 et 1511).

Dans l'observation 273 on créa un pneumothorax artificiel le 7^e jour après l'accouchement.

16 autres malades étaient atteintes d'affections pulmonaires diverses (grippe ou bronchite).

Enfin 1 femme (obs. 340) fit une pleuro-pneumonie d'origine grippale, d'allure sévère, mais quitta pourtant la maternité en bon état.

Nous avons encore noté, comme origine d'une poussée thermique :

OBSERVATION 244. — Furoncle du conduit auditif.

OBSERVATION 292. — Absès de la marge de l'anüs.

OBSERVATIONS 319 et 325. — Diarrhées infectieuses.

OBSERVATION 378. — Adénite inguinale.

OBSERVATION 413. — Annexite.

OBSERVATION 794. — Appendicite.

OBSERVATION 2389. — Réaction vaccinale.

Maladies infectieuses.

(5 observations).

Deux femmes (obs. 338 et 434) firent une scarlatine certaine ; deux autres femmes (obs. 603 et 666) eurent des éruptions suspectes, et là encore la scarlatine était vraisemblablement en cause. Toutes les quatre furent évacuées sur l'hôpital Claude-Bernard. Une autre malade atteinte d'oreillons fut également évacuée sur l'hôpital Claude-Bernard (obs. 1304).

CHAPITRE VII

MORTALITÉ MATERNELLE

(17 observations).

OBSERVATION 28. — Concerne une multipare de 39 ans chez laquelle on pratique une césarienne haute pour placenta-prævia. La température commence à s'élever le lendemain de l'opération pour atteindre 39°4 le troisième jour. Le pouls est à 130, l'état général très alarmant. On pratique 3 injections intra-veineuses de septicémine, trois injections de 0 gr. 10 de novar, et 2 piqûres de propidon. Le septième jour le pouls s'est élevé à 140, la température est à 39°. La femme succombe malgré caféine, huile camphrée et oxygène.

OBSERVATION 190. — Concerne une multipare de 35 ans, accouchée et délivrée en ville. Entre à la maternité avec la grippe. Dyspnée intense soulagée seulement par des injections sous-cutanées d'oxygène. La femme succombe le lendemain de son entrée à une broncho-pneumonie grippale.

OBSERVATION 211. — Il s'agit d'une primipare de 25 ans entrée à la maternité avec la grippe. L'accou-

chement est en tous points normal. Bientôt la température s'élève et le pouls s'accélère tandis que se précisent du côté droit les symptômes d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. La situation s'aggrave rapidement et la femme succombe le septième jour.

OBSERVATION 242. — Concerne une primipare de 28 ans accouchée à la maternité dans des conditions normales. La température commence à s'élever huit jours après l'accouchement, pour atteindre rapidement 40°. Le facies est plombé, la langue sèche, il existe une dyspnée intense. Au bout de quatre jours de cet état on commence à percevoir des symptômes pulmonaires se manifestant par de nombreux râles sibilants et une expectoration muco-purulente. Les signes pulmonaires se précisent alors tandis que l'état général s'aggrave, et la malade succombe à une broncho-pneumonie d'origine grippale le dix-neuvième jour après son accouchement.

OBSERVATION 253. — Accouchement naturel à terme chez une primipare de 18 ans. La température comprise pendant dix jours entre 38° et 39° s'élève à ce moment à 40° à mesure que se précisent les signes d'une broncho-pneumonie grippale. Malgré le traitement la femme succombe 20 jours après son accouchement.

OBSERVATION 335. — Concerne une multipare de 41 ans, albuminurique et hypertendue. Il se déclare

au cours du travail une crise d'asystolie grave, qui nécessite d'urgence avant toute intervention, 15 cmc. d'huile camphrée et 1/2 milligramme d'ouabaine intra-veineuse. La dilatation étant complète on fait alors une version podalique, et l'on extrait rapidement une fille vivante, qui naît avec une luxation de l'épaule gauche : On pratique ensuite une délivrance artificielle. L'état général de la femme reste fort précaire. La dyspnée est intense à peine atténuée par des inhalations d'oxygène. Malgré de nombreuses piqûres d'ouabaine intra-veineuse, d'huile camphrée et de caféine, la femme succombe le sixième jour après son accouchement.

OBSERVATION 1052. — Concerne une multipare de 27 ans chez laquelle on fait une césarienne du corps au début du travail, les membranes étant rompues, pour hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur.

Après l'intervention la température est à 38°4, le pouls à 110, la malade vomit. On fait un lavage d'estomac et on donne une purgation légère. La situation semble s'améliorer dans les trois jours qui suivent. La température est à 37°4. On pratique un nouveau lavage d'estomac et on fait une réfection de la paroi. L'état de la femme s'aggrave alors rapidement. La température monte à 40°6 le pouls à 150 et la femme est emportée en 24 heures, sept jours après la césarienne. L'autopsie ne montre aucune faute opératoire. Il existe des lésions embo-

liques disséminées, dues à une septicémie vraisemblable, sans endocardite apparente.

OBSERVATION 1105. — Multipare de 29 ans, morte d'une méningite tuberculeuse au 5^e mois de sa seconde grossesse.

OBSERVATION 1862. — Concerne une primipare de 27 ans, n'ayant jamais consulté à la maternité, et atteinte de bacillose très avancée. Arrive en travail à la maternité : son état de cachexie est extrême. On fait un forceps en O. I. G. A. et l'on extrait une fille vivante pesant 2550 gr. séparée immédiatement de sa mère. Déchirure complète du périnée, délivrance naturelle et complète. La femme succombe 2 heures après l'accouchement.

OBSERVATION 1894. — Concerne une secondipare de 26 ans. Cette femme avait fait lors de sa première grossesse, une phlébite qui l'avait tenue immobilisée six mois à Tarnier. Quatre jours après son accouchement normal en tous points, elle présente les premiers symptômes d'une phlébite double des membres inférieurs. On l'immobilise et la phlébite suit son cours pendant 36 jours à ce moment les 2 membres supérieurs se prennent à leur tour, et l'état général de la femme devient médiocre. On lui donne de la digitale à faible dose et on lui fait de l'huile camphrée. 54 jours après l'accouchement la malade très dyspnéique est dans un état très alarmant, sa température s'élève à 43°, elle succombe

le 55^e jour, malgré ouabaine, huile camphrée et adrénaline intra-cardiaque. Il s'agit vraisemblablement d'une embolie.

OBSERVATION 1916. — Il s'agit d'une présentation de l'épaule chez une multipare. On pratique une opération césarienne au cours de laquelle on constate que le placenta est inséré bas. Tout est normal jusqu'au 8^e jour : à ce moment la température monte brusquement à 40°, sans qu'on puisse expliquer ce clocher d'une manière satisfaisante. Le lendemain la température est devenue normale. Deux jours après, nouvelle ascension à 38° et la malade se plaint d'une douleur légère de la jambe gauche. La phlébite n'est rien moins que certaine : on décide cependant d'immobiliser la jambe. Dans la soirée la femme a un accès brusque de dyspnée et de cyanose, et elle succombe presque aussitôt, vraisemblablement à une embolie.

OBSERVATION 2070. — Concerne une femme enceinte de 7 mois qui entre dans le service pour vomissements incoercibles sans retentissement général net, mais s'accompagnant d'une constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre. Un lavement purgatif du codex provoque une débâcle de matières extraordinairement fétides.

Le lendemain de l'arrivée ou provoque l'accouchement et on extrait un fœtus mort-né pesant 1100 gr. A la suite de cette intervention la femme tombe

dans un coma dont rien ne peut la tirer. La température s'élève à 41°5, et la malade succombe le surlendemain de son arrivée dans le service.

OBSERVATION 2258. — Il s'agit d'une primipare de 27 ans atteinte d'une tuberculose évolutive avancée, avec cachexie. L'accouchement est prématuré d'un débile pesant moins de 2000 gr. et qui succombe 5 heures après sa naissance. La femme est décédée 5 jours après l'accouchement par suite des progrès de sa cachexie.

OBSERVATION 2483. — Concerne une primipare de 17 ans dont l'accouchement fut naturel à terme d'une fille vivante. Cette femme n'avait jamais consulté durant sa grossesse : au moment de l'accouchement la température était de 38°. Dès le lendemain la fièvre a dépassé 39°. Comme il n'y a aucun signe net on attribue cette élévation thermique à de la pyélonéphrite et on institue un régime approprié. On fait également une injection intra-veineuse de 0 gr. 10 de novar. Le 4^e jour l'état est stationnaire, mais une douleur nette se manifeste dans la fosse iliaque gauche. On n'a rien trouvé dans les urines. Les 5^e et 6^e jours une défervescence se produit, mais le 7^e jour la température remonte au-dessus de 39°. La douleur dans la fosse iliaque gauche s'accroît, on fait une nouvelle injection de novar. Le 8^e jour on prescrit une injection intraveineuse de 2 cmc. de lait stérilisé. L'injection est faite à 3 heures de

l'après-midi, avec toutes les précautions nécessaires, et notamment piqûre préventive de $1/2$ cmc. d'adrénaline. Le choc se déclanche à 4 heures moins $1/4$. Il est extrêmement violent, la température à 5 heures atteint $42^{\circ}5$. On prescrit des enveloppements froids, un lavement au chloral et des suppositoires à l'antypirine. La femme entre en coma à 6 heures, et elle succombe à 8 heures $1/4$. La température est restée élevée longtemps après la mort.

OBSERVATION 2593. — Concerne une femme n'ayant jamais consulté dans le service. On trouve à son entrée un placenta centro-partiel. La tête est engagée, la dilatation entre cinq francs et petite paume. La femme perd du sang mêlé de liquide amniotique. On fait une dilatation manuelle et on extrait le fœtus au forceps. La délivrance est artificielle. Devant la gravité de l'état général, on pratique une transfusion d'abord de 900 gr., puis de 400 gr. après échec d'une tentative de transfusion intracardiaque. La malade se recoloré quelques instants mais succombe bientôt dans un état de choc.

OBSERVATION 2650. — Il s'agit d'une tuberculose évolutive à marche rapide chez une secondipare de 25 ans. La femme fait un avortement de 5 mois $1/2$ et meurt quelques heures plus tard.

OBSERVATION 2783. — Concerne une primipare de 20 ans. L'accouchement est naturel au terme de

8 mois, le 12 décembre ; la délivrance naturelle et complète. Le lendemain la femme a un frisson et sa température monte à 40°. La constipation est opiniâtre. Le surlendemain l'utérus est nettement douloureux, les lochies sont douteuses. Une hémoculture est négative. On fait un abcès de fixation et une injection intraveineuse de 0gr. 10 de novar. Dans les jours suivants la situation reste inchangée on continue le novar et on fait du sérum antistreptococcique. Le ventre devient douloureux et se ballonne malgré des injections de propidon. On fait un lavage d'estomac. Le 24, une colpotomie ramène une petite quantité de pus foncé. Le 25, une ponction exploratrice de la plèvre gauche ramène une petite quantité de liquide citrin. L'état général s'aggrave rapidement ; la dyspnée est intense, il existe de la matité aux deux bases. La malade ne réagit plus au traitement et succombe le 26 à 8 heures du matin.

En résumé sur les 17 cas de mort qui se sont produits au cours de l'année 1929 à la maternité de Boucicaut, nous notons :

4 cas d'infection puerpérale (obs. 28, 1052, 2483 et 2793).

2 cas d'embolie consécutive à une phlébite (obs. 1894 et 1916).

4 cas de broncho-pneumonie d'origine grippale (obs. 190, 211, 242 et 253).

3 cas de tuberculose pulmonaire avancée (obs. 1862, 2258 et 2650).

1 cas d'asystolie du travail (obs. 335).

1 cas de méningite tuberculeuse en cours de grossesse.

1 cas de choc hémorragique consécutif à un placenta centro-partiel (obs. 2593).

1 cas de cause indéterminée (obs. 2070).

CHAPITRE VIII

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

Il y eut au cours de l'année 1929, à la maternité de Boucicaut, 2.622 naissances, dont 58 jumeaux.

Sur ce nombre il y avait :

50 mort-nés, soit..... 2,6 %

Se décomposant en :

33 morts pendant la grossesse, soit..... 1,2 %

37 morts pendant le travail, soit..... 1,4 %

Sur les 37 enfants morts en travail nous avons trouvé :

9 débiles de moins de 2.500 gr., soit..... 24 %

4 gros enfants de plus de 4.000 gr., soit... 10 %

En outre, 75 enfants succombèrent durant leur séjour à la maternité, ce qui représente 2,9 %.

Sur ce nombre il y avait :

31 débiles de — 2.000 gr., soit..... 41 %

20 débiles de — 2.500 gr., soit 26 %

2 gros enfants de + 4.000 gr., soit..... 2,6 %

La mortalité globale fut de 145 enfants, soit 5,5 %.

Le pourcentage des mortalités post-natales chez les débiles et les gros enfants fut de :

Débiles de moins de 2.000 gr.

58 naissances, 31 décès, mortalité..... 53 %

Débiles de moins 2.500 gr.

118 naissances, 20 décès, mortalité..... 16,9 %

Gros enfants de plus de 4.000 gr.

112 naissances, 2 décès, mortalité..... 1,78 %

Vaccin B C G.

125 enfants ont eu du B C G pendant leur séjour à la maternité, soit par voie buccale, soit par voie sous-cutanée.

Sur ces 125 enfants, 51, soit 40,5 %, ont eu leur courbe de poids régulièrement ascendante.

25, soit 20 %, ont eu à un moment quelconque leur courbe stationnaire.

49, soit 39,5 %, ont enregistré une chute de poids plus ou moins importante.

Comparativement, sur les 2352 enfants qui quittèrent la maternité bien portants sans avoir eu de B C G nous avons noté :

315, soit 13,4 %, présentent une chute dans leur courbe de poids.

116, soit 4,9 %, ont une courbe qui présente un palier.

Malformations congénitales.

(9 observations).

OBSÉRVATION 336. — Bec-de-lièvre unilatéral gauche avec fissure palatine : réaction de Bordet-Wassermann négative.

OBSERVATION 817. — Ichtyose d'origine probablement syphilitique, bien que la réaction de Wassermann soit négative : enfant traité au sulfarsénol.

OBSERVATION 941. — Signes discrets de cyanose congénitale se manifestant au moment des cris et des tétées : souffle systolique rétro-sternal.

OBSERVATION 985. — Bec-de-lièvre chez un mort et macéré : réaction de Wassermann positive.

OBSERVATION 1089. — Eschare de la partie latérale gauche du thorax.

OBSERVATION 1182. — Sténose du pylore, envoyée aux Enfants-Malades pour opération.

OBSERVATION 2050. — Hernie ombilicale, opérée aux Enfants-Malades.

OBSERVATION 2083. — Imperforation anale : enfant décédé le 24^e jour.

OBSERVATION 2198. — Enfant ayant un gros thymus (21 gr.) décédé au bout de quatre heures.

Traumatismes obstétricaux.

(4 observations).

OBSERVATION 335. — Luxation de l'épaule consécutive à une version par manœuvres internes (voir mortalité maternelle).

OBSERVATION 934. — Paralysie faciale. Il s'agissait d'une application de forceps effectuée pour dystocie par brièveté naturelle du cordon.

OBSERVATION 1089. — Eschare du pariétal gauche consécutive à une application de forceps.

OBSERVATION 1178. — Fracture de l'humérus droit.

Infections.

Nous avons noté 9 fois des infections diverses du nouveau-né.

3 fois (obs. 114, 2209 et 2249) il s'agissait d'ophthalmies purulentes qui furent évacuées sur l'Hôtel-Dieu.

Une fois, il s'agissait d'un abcès du genou (obs. 1860).

Une fois de furonculose avec ictère (obs. 1118).

Une fois de pyodermite (obs. 82).

Une fois d'un petit abcès de la grande lèvre.

Une fois d'un phlegmon diffus du sein chez un gros enfant (obs. 208).

Une fois, enfin, d'une infection à staphylocoques (obs. 2595).

CHAPITRE IX

MORTALITÉ INFANTILE

(145 observations),

Morts pendant la gestation.

(33 observations).

La plupart des accouchements furent, à 6, 7 ou 8 mois, de fœtus morts et macérés.

Une seule fois l'accouchement eut lieu à terme (obs. 567). On fit une césarienne après début de travail, pour viciation pelvienne. L'enfant était mort depuis 48 heures environ et présentait un début de macération ; la cornée était vitreuse.

Toutes les autres fois le fœtus était franchement mort et macéré, et l'accouchement eut lieu plus ou moins loin du terme.

Comme causes de mort du fœtus nous avons trouvé :

Cinq fois la syphilis certaine.

Quatorze fois la syphilis probable.

Il s'agissait 1 fois (obs. 1771) d'un accouchement prématuré à 6 mois 1/2 de jumeaux morts et macérés.

Une fois la pyélonéphrite était en cause (obs. 495).

Une fois l'éclampsie (obs. 543).

Deux fois des vomissements graves (obs. 2186 et 2442).

Une fois l'hypertension.

Les autres fois on ne trouva pas de causes nettes.

Morts pendant le travail.

(37 observations).

Dont 9 débiles de moins 2.500 gr. et 4 enfants de plus de 4.000 gr.

Comme cause de mort dans ce cas nous avons trouvé :

3 fois des circulaires serrés.

4 fois des versions internes.

3 fois des applications de forceps dont une (obs. 2736) sur un gros enfant de plus de 4.000 gr.

1 fois une version pour insertion centro-partielle.

3 fois des viciations pelviennes.

1 fois une césarienne pratiquée pour viciation pelvienne

1 fois un décollement prématuré du placenta.

1 fois une présentation de la face.

1 fois une rétraction du col sur la tête dernière.

1 fois une présentation du siège.

9 fois il s'agissait de débiles, dont 1 pesant moins de 1000 gr. et trois autres de 1.500 à 2.000 gr., morts pendant le travail sans causes bien déterminées.

1 fois il s'agissait d'un accouchement à 6 mois 1/2 qui eut lieu en taxi.

Dans les autres cas enfin il s'agissait de présentations du sommet et de bassin normaux. Les enfants succombèrent sans causes évidentes.

Morts pendant le séjour à la maternité.

(75 observations).

51 observations concernent des débiles prématurés qui succombèrent dans les jours qui suivirent l'accouchement, soit de broncho-pneumonie, soit de troubles intestinaux divers.

Nous avons noté en outre :

1 infection pulmonaire puis généralisée.

1 enfant extrait au forceps, raminé, et qui meurt dix heures après (obs. 1122).

8 fois, mort subite sans cause apparente.

2 fois des enfants difficiles à ramener, morts dans les jours qui ont suivi l'accouchement.

Une fois un hérédospécifique, atteint de pemphigus palmo-plantaire.

1 fois deux jumeaux débiles.

1 fois un débile présentant une imperforation anale, mort le 24^e jour.

1 fois un enfant ayant un gros thymus, décédé en 4 heures.

1 fois un débile décédé d'infection à staphylocoques généralisée.

1 fois d'hémorragie méningée.

1 fois il s'agissait d'un gros enfant pesant plus de 4.000 grammes, qui fit un phlegmon diffus du sein. On réussit à en arrêter l'évolution par des piquûres de glycérine phéniquée au 1/30 l'enfant mourut par la suite d'une autre affection.

1 fois l'enfant décédé présentait du melæna.

1 fois l'enfant mourut au bout de 48 heures de convulsions, il avait eu 4 frères décédés dans des conditions analogues.

TROISIÈME PARTIE

Le service social.

Le service social de la maternité de Boucicaut dépend de :

La société des amis de l'hôpital et de la maternité de Boucicaut, société fondée par M. le Professeur Le Lorier pour la maternité seulement, et étendue quelques années plus tard à tous les services de l'hôpital. Son but : Rendre service aux malades de toutes les façons possibles.

Parmi les enfants sortis vivants de la maternité pendant l'année 1929 et qui sont au nombre de 2477, nous notons :

1906 sont élevés au sein par leur mère définitivement.

188 sont élevés provisoirement par leur mère.

93 sont mis en nourrice chez les grands-parents.

38 sont mis en pouponnière.

235 sont mis en nourrice.

7 sont abandonnés.

Sur ces 7 enfants abandonnés, le service social réussit à en faire adopter deux.

Il y a 470 demandes de secours divers pour des

femmes accouchées à Boucicaut. Le service social a placé :

34 mères seules avec leur bébé.

15 enfants de parents tuberculeux au placement familial des tous petits.

En outre 6 logements pour familles nombreuses ont été obtenus dans des maisons à loyer réduit de la ville de Paris.

Le service social suit à domicile, les enfants des XV^e et XVI^e arrondissements.

CONCLUSIONS

La Maternité de l'hôpital Boucicaut comprend les mêmes organisations qu'en 1928 :

1^o Service d'hospitalisation pour femmes enceintes, parturientes et accouchées. Service d'hospitalisation également pour les affections gynécologiques à opérer ;

2^o Service de polyclinique comprenant :

Consultation pour femmes en état de gestation.

Consultation pour mères, nourrices et nourrissons.

Consultation de syphiligraphie.

Consultation de gynécologie.

Il nous a paru que la Maternité avait fait preuve en 1929 d'une activité remarquable, supérieure dans l'ensemble à celle des années précédentes.

Vu, le Président de la thèse,

COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses inspirées par M. Le Lorier, et qui complètent l'étude du fonctionnement de la maternité de Boucicaud :

- Henry (J.)*. — Fonctionnement de la maternité de Boucicaud en 1924.
- Piry (P.)*. — Fonctionnement de la maternité de Boucicaud en 1925. Thèse de Paris, 1927, chez Jouve.
- Lejeune (R.)*. — Fonctionnement de la maternité de Boucicaud en 1926. Thèse de Paris, 1928, chez Jouve.
- Surpas (J.)*. — Fonctionnement de la maternité de Boucicaud en 1927. Thèse de Paris, 1928, chez Jouve.
- Bereovici (B.)*. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. Thèse de Paris, 1927, chez Vigné.
- Turillot-Boudoux (Q.)*. — Quelques observations de syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1927, chez Jouve.
- Kuborn (M.)*. — Quelques cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. Thèse de Paris, 1928, chez Vigné.
- Mareotte (A.)*. — Contribution à l'étude des pyélonéphrites chez la femme en état de gestation. Thèse de Paris, 1925, chez Legrand.
- Bilbaum (M.)*. — Contribution à l'étude de l'albuminurie chez la femme enceinte. Thèse de Paris, 1928, chez Jouve.
- Lavault (Solange)*. — De la sensibilité utérine dans l'après-port. Thèse de Paris, 1928, chez Vigné.
- Tuol (Roger)*. — Etude de 34 cas de pelvitomies. Thèse de Paris, 1928. Librairies imprimeries réunies.
- Auclair (J.-H.)*. — Le gros enfant (étude des observations de 1928 à la maternité de Boucicaud). Thèse de Paris, 1929, au Commerce des idées.

- Maziol (G.)*. — De l'emploi du lait condensé sucré pur comme complément de la ration alimentaire du nourrisson élevé au sein. Thèse de Paris, 1929, chez Lac.
- Jodlovker-Mâle (Mme)*. — Fonctionnement de la maternité de Boucicaud en 1928. Thèse de Paris, 1929.
- Edelmann*. — Le traitement des suppurations à staphylocoques chez les mères et les enfants pendant les suites de couches, par la vaccination locale. Thèse de Paris, 1929.
- Schnirer*. — Etude des infections puerpérales à bacille d'Eberth. Thèse de Paris, 1930, chez Jouve.
- Painceau*. — La morbidité et la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Boucicaud pendant cinq ans (1924-1928). Thèse de Paris, 1930, chez Jouve.
- Leibovici*. — Les hématuries au cours de la gestation. Thèse de Paris, 1930, chez Jouve.
- Triantofillopoulo*. — Etude sur la mortalité fœtale et ses causes. Thèse de Paris, 1930, chez Vigné.
- Fauvet*. — Essai d'analgésie obstétricale par l'association oxy-amino-scopolamine (genoscopolamine). Morphine Thèse de Paris, 1930, chez Jouve.
- Auclair (Jacques)*. — Immuno-transfusion en obstétrique : indications, technique, résultats. Thèse de Paris, 1931.

1301. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-1931
